UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 10

L'ASSURANCE MALADIE DE LONGUE DURÉE

Fonctionnement et résultats dans la XIII[e] Région

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Février 1948

PAR

Jean-Léon STELLET

Diplômé de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle

MEMBRES DU JURY

MM. CALVET, *Président.*

MOREL, PLANQUES, BOUNHOURE } *Assesseurs.*

LASSERRE, *Suppléant.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE DU CENTRE

CAMILLI & FOURNIÉ

28, ALLÉE JEAN-JAURÈS, 28

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 10

L'ASSURANCE MALADIE DE LONGUE DURÉE

Fonctionnement et résultats dans la XIII[e] Région

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Février 1948

PAR

Jean-Léon STELLET

Diplômé de Médecine du Travail et d'Hygiène Industrielle

MEMBRES DU JURY

MM. CALVET, *Président.*
MOREL, PLANQUES, BOUNHOURE } *Assesseurs.*
LASSERRE, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU CENTRE
CAMILLI & FOURNIÉ
28, ALLÉE JEAN-JAURÈS, 28

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. DALOUS, ESCAT, RISPAL, LAFORGUE, ARGAUD, MOOG, MERIEL, CAUBET, MAURIN, RIBAUT, SERR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER, TAPIE	Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Clinique médicale	ROQUES	Pharmacie	CAUJOLLE
Clinique obstétricale	GARIPUY	Pathologie interne	MOREL
Physiologie	SOULA	Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Physique biologique et médicale	BUGNARD	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA	Matière médicale	VINCENT
Chimie et toxicologie	BRUSTIER	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.).
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE	Clin. otho-rhino-laryngologique et chir. maxillo-faciale	CALVET
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT	Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Histoire naturelle	DELAS	Chimie biologique	N.
		Médecine lég. et du travail	PLANQUES
		Histologie et embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET	Obstétrique	GUILHEM.
Anatomie	M. COULOUMA		

AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	LAZORTHES	Chirurgie	RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.)
Histologie	BIMES, ch. de f.	Ophtalmologie	DEODATI
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.)	Chimie médicale	VALDIGUIÉ
		Physique médicale	MARQUES
		Pharmacie	COUTURIER
Chirurgie	VIRENQUE, GRIMOUD	Chimie gén. pharm.	BLANC
		Histoire naturelle	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY	Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)
Cours d'anat. physiol. et pathologique élémentaire aux élèves sages-femmes	GUILHEM	Parasitologie	LASSERRE
Chimie biologique	VALDIGUIE	Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie pathologique	VALDIGUIE	Chimie analytique	BLANC
Chimie minérale	BLANC	Hydrologie et géologie	ASTRE
Stomatologie	CADENAT	Médecine sociale et du trav.	BOUNHOURE
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT	Anatomie médico-chirurgic.	THOMAS
Dermatol. et syphiligraphie.	BAZEX	Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Législation pharmaceutique.	BOUISSET	Bactériologie et hygiène	LAPORTE
Microbiologie	BOUISSET	Urologie	LHEZ
		Ophtalmologie	DEODATI
		Neuro-chirurgie	LAZORTHES
		Oto-rhino-laryngologie	CLAUX

Secrétaire de la Faculté..... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats

(Délibération du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

A MES GRAND'MERES

A MA MERE, A MON PERE

A MA FEMME

A MA SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Docteur Jean CALVET

Doyen de la Faculté de Médecine

et de Pharmacie

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

et de Chirurgie Maxillo-Faciale

Laryngologiste du Centre Anti-Cancéreux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre respectueux attachement et notre vive gratitude pour les conseils qu'il nous prodigua et le bienveillant intérêt qu'il ne cessa de nous témoigner.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548926_0073

A NOTRE JURY DE THÈSE :

Monsieur le Docteur MOREL
Professeur de Pathologie interne
Chargé de l'enseignement clinique
de la tuberculose

qui nous a fait l'honneur de faire partie de notre jury de thèse.

Monsieur le Docteur PLANQUES
Professeur de Médecine légale
de Médecine du Travail et d'Hygiène industrielle

qui a bien voulu accepter de juger ce travail. En témoignage de notre haute considération.

Monsieur le Docteur BOUNHOURE
Chargé de cours a la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et guidé au cours de son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

Monsieur le Docteur LASSERRE
Chargé de cours a la Faculté

Avec l'assurance de toute notre estime respectueuse.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Les lois sociales promulguées par le Gouvernement de la République depuis ces vingt dernières années ont vu leur cadre singulièrement élargi par la législation des Assurances sociales.

Cette dernière vise la protection des travailleurs du commerce et de l'industrie, — c'est-à-dire des salariés ou assimilés, — contre les grands risques de l'existence, susceptibles d'apporter à leur foyer la gêne, l'insécurité, sinon la misère.

La loi du 30 avril 1930, modifiée par de nombreux rectificatifs, dont les plus importants répondent aux décrets-lois des 25-28 octobre 1935 et aux additifs de 1941-42-43, institue une protection efficace contre les risques les plus communs de l'existence, à savoir : la maladie, avec ses conséquences trop fréquentes, réalisant l'incapacité définitive de travail, c'est-à-dire l'invalidité; la vieillesse; le décès; enfin la maternité et les charges de famille.

Cette protection est et demeure toujours réalisée par un système d'assurances, visant chacun de ces risques, alimentées par le versement d'une double cotisation ouvrière et patronale : la première, prélevée obligatoirement sur le salaire du travailleur (précompte) et la deuxième, primitivement de taux égal, à la charge de l'employeur.

Le principe fondamental de ce dispositif peut être schématisé dans la formule concise suivante : « Prévoyance obligatoire imposée par la loi aux travailleurs, application du principe de solidarité ».

Mais l'expérience n'a pas tardé à montrer que certains éléments de ce groupe homogène doivent cependant être retouchés, en particulier pour ce qui concerne l'assurance maladie et l'assurance invalidité.

En effet, dans nombre de cas, la durée et le volume des prestations-soins de l'assurance maladie, — qui supportent dans le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques un abattement de 20 % (ticket modérateur), — se sont révélés comme nettement insuffisants pour permettre, au terme des six mois fatidiques, la guérison des sujets atteints d'affections graves.

De même l'assurance « Invalidité », réalisée et fonctionnant selon la conception du législateur, est loin, en réalité, d'atteindre le but visé, c'est-à-dire la guérison ou tout au moins la récupération d'une capacite de travail suffisante, au bout de quelques mois ou de quelques années de soins.

Dans bien des cas, l'assurance invalidité paraît frappée de stérilité et constituer un échec, — tant du fait de la modicité des pensions accordées aux intéressés, que de l'insuffisance des prestations en nature (soins), toujours passibles du ticket modérateur.

D'ailleurs, l'expérience montre, d'une part, que parmi les invalides, beaucoup disparaissaient au terme de la première année (tuberculose), et, d'autre part, que, parmi ceux qui demeurent vivants, si un certain nombre reprennent partiellement le travail, par contre, bien d'autres se révèlent malheureusement comme impossibles à reclasser.

L'étude approfondie des statistiques et celle des faits cliniques quotidiennement observés, indiquaient déjà, depuis quelques années, que le remède susceptible de modifier favorablement cet état de choses, devait logiquement être recherché dans la prévention de l'état physique d'invalidité.

Un premier effort a été tenté, dans ce but, par la mise en application d'un certain nombre de mesures préventives, nécessitant l'accord préalable de la Caisse Régionale et de la Caisse Primaire d'origine. Ces deux organismes pouvaient, en effet, s'entendre pour prendre un certain nombre de décisions permettant pratiquement un traitement plus intensif, efficace, prolongé et, de ce fait, le versement de prestations plus importantes que celles de l'assurance maladie banale. Malheureusement, pour des raisons qu'il

est inutile de rappeler ici, cette ébauche, la « Pré-Invalidité », n'eut que la valeur d'un essai. Elle était d'ailleurs, telle quelle, vouée à l'échec.

Toutefois, l'idée fondamentale a survécu, dans quelques esprits avisés, d'opposer une assurance spéciale, très puissante et de durée prolongée, au risque « maladie grave », c'est-à-dire susceptible d'entraîner rapidement la mort ou bien l'invalidité au bout des six mois légaux de prestations-soins.

Malheureusement, les tragiques événements de 1940 à 1944 n'ont pas permis la mise au point qui s'imposait.

Mais grâce à la Libération, l'Assemblée Constituante et le Gouvernement de la République nous ont apporté, dans la Sécurité Sociale, la réforme souhaitée, ainsi qu'une notable amélioration de la législation des Assurances sociales.

C'est, en effet, l'ordonnance du 19 octobre 1945, instituant les diverses modalités de la Sécurité Sociale, qui a fourni la solution recherchée depuis de longues années, par la création de l'assurance contre la maladie de longue durée (A.M.L.D.).

Les principes fondamentaux de cette dernière peuvent ainsi être résumés :

— elle est basée sur la prévention de l'invalidité;

— son bénéfice doit être accordé aux malades atteints d'une affection grave (assurés sociaux proprement dits ou ayants-droit visés par la loi), dans certaines conditions d'ordre administratif et médical;

— sa durée peut atteindre trois années, si nécessaire, par tranches de six mois renouvelables;

— elle comporte, pour l'assuré, le service :

de prestations en argent (répondant au demi-salaire de l'A. M.) constituant l'allocation mensuelle.

de prestations en nature, sans autre limite que celle des prescriptions médicales prévues par le médecin traitant, en accord avec le médecin conseil, — exonérées du ticket modérateur

(remboursement intégral). Par contre, les bénéficiaires « non assurés » n'ont droit qu'aux prestations en nature.

Le classement en A.M.L.D., dont on comprend toute l'importance, peut être réclamé directement par l'intéressé, avant la fin du troisième mois d'une maladie qui s'avère comme grave et devant dépasser la limite classique des six mois; mais il peut être aussi le fait de l'intervention :

du médecin traitant,

du médecin conseil,

d'un organisme médical de dépistage ou de soins.

La Caisse elle-même est habilitée pour prendre cette initiative, à charge d'examen par le Service médical de contrôle.

Enfin, fait capital en la matière, la proposition en vue du bénéfice éventuel de l'A. M. L. D. est toujours établie, en accord commun, par le médecin traitant et le médecin conseil, qui doivent examiner le malade « conjointement » et rédiger un schéma thérapeutique. Ce dernier sert de base à la Caisse, maîtresse d'accorder ou non le bénéfice de cette assurance spéciale, pour évaluer le volume probable des prestations soins. Si les deux médecins sont en désaccord, le recours à une expertise est prévu par la loi. Les règles administratives, qui fixent d'une part les conditions requises et, d'autre part, les modalités du droit à l'A. M. L. D. sont très précises; leur simplicité et leur clarté ont été cependant légèrement altérées par les lois du 2 septembre 1947.

Par contre, les conditions médicales demeurent imprécises. Il n'en est fait mention détaillée dans aucun des textes légaux. Circulaires ministérielles et, plus tard, instructions techniques, adressées au Service médical du Contrôle, se sont cependant efforcées de dissiper les incertitudes qui règnent à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, l'idée fondamentale de cette

assurance demeure « la Prévention de l'Invalidité ». Méritent, de ce fait, d'entrer dans le cadre de l'A.M.L.D. (avant la fin du troisième ou exceptionnellement du sixième mois) les maladies graves qui, insuffisamment traitées, sont susceptibles d'entraîner cette complication, ou bien même le décès.

On peut donc poser en principe que le bénéfice de ces nouvelles dispositions est réservé : aux malades atteints d'une affection : caractérisée, sérieuse, évolutive, susceptible de durer plus de six mois, — de mettre en danger la vie du sujet, — ou de se compliquer d'une incapacité de travail de longue durée, de taux égal ou supérieur à 65 %, — *mais toutefois curable*, ou permettant une récupération fonctionnelle suffisante, par des traitements prolongés, efficaces, nécessitant soit des soins spéciaux, soit l'admission dans des établissements particuliers.

Telles caractéristiques doivent être soulignées et retenues, de même que la *curabilité*, ou tout au moins la possibilité de récupération *d'une capacité de travail suffisante*.

A l'heure présente, le fonctionnement de l'A.M.L.D. date de près de deux ans (mars 1946). Dans ces conditions, il n'était pas sans intérêt de procéder, au point de vue médico-social, à une enquête impartiale, dans le but de préciser les résultats obtenus, tant sur le plan régional que national.

C'est la tâche prévue dans ce travail. Son but principal demeure :

— dégager du fatras des statistiques quelques chiffres essentiels, soulignant l'importance de certains facteurs morbides (tuberculose, syphilis, complications du cancer, cardiopathies, etc...);

— montrer l'importance de l'effort accompli par la Sécurité Sociale et la valeur des résultats acquis;

— dénoncer enfin les imperfections actuelles, toutes vénielles d'ailleurs, de l'A.M.L.D., qui mérite d'être considérée, à juste titre aujourd'hui, comme la pierre angulaire de l'édifice de la Sécurité Sociale.

ÉTUDE DU FONCTIONNEMENT DE L'A. M. L. D.

Nous nous proposons de conduire cette étude de la façon suivante :

1° *Rappel du cadre légal de l'A.M.L.D., en précisant les conditions administratives et médicales qui doivent être remplies par les malades pour bénéficier de cette assurance;*

2° *Etude du fonctionnement de la loi sur le plan pratique;*

3° *Mise au point et commentaires des résultats obtenus dans la région de Toulouse; parallèle avec ceux que permet de dégager l'étude des statistiques établies sur le plan national;*

4° *Etude critique avec conclusions visant l'avenir sur le plan médico-social, de cette nouvelle législation.*

CHAPITRE PREMIER

CONDITIONS D'ADMISSION AU BÉNÉFICE DE L'A. M. L. D.

Les conditions prévues par la loi pour qu'un malade puisse bénéficier de l'assurance longue maladie sont de deux sortes :

les unes d'ordre administratif, très nettement définies par les textes légaux;

Les autres, d'ordre médical, beaucoup moins précises.

CONDITIONS ADMINISTRATIVES

Elles sont tout d'abord prévues, sur le plan général, par l'article 80 (droit aux prestations) de l'ordonnance du 19 octobre 1945 :

« Pour invoquer le bénéfice de l'assurance de la longue maladie et de l'assurance invalidité, l'assuré social doit avoir été immatriculé depuis un an au moins au début du trimestre civil au cours duquel est survenu la maladie, l'accident ou l'état d'invalidité, et justifier soit qu'il a travaillé pendant au moins 240 heures au cours de cette année, dont 60 heures au cours du trimestre civil précédant celui de la première constatation médicale de la maladie, de la grossesse ou de l'accident, soit qu'il s'est trouvé en état de chômage involontaire constaté pendant une durée équivalente. »

Les bénéficiaires de l'A.M.L.D. sont, aux termes de l'article 32 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 :

1° Les assurés sociaux;

2° Les membres de leur famille, c'est-à-dire :

— *a*) le conjoint de l'assuré;

— *b*) les enfants de moins de 16 ans non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis.

Sont assimilés aux enfants de moins de 16 ans :

ceux de moins de 17 ans placés en apprentissage;
ceux de moins de 20 ans qui poursuivent leurs études,
ceux de moins de 20 ans qui sont, par suite d'infirmités ou de maladies incurables, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

— *c*) l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré.

Ensuite elles répondent à des formalités d'attribution, dont l'étude devrait, d'ailleurs, se placer logiquement après celle des conditions médicales. Mais comme il s'agit de faits concernant uniquement la partie administrative, il nous a paru que ces dispositions pouvaient trouver ici leur place.

Au sujet du processus administratif découlant de la proposition médicale pour l'A.M.L.D., l'article 34 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 s'exprime ainsi :

« Au vu de l'avis émis par application de l'article 33 (voir plus loin cet article au sujet des conditions médicales) et compte tenu de tous les renseignements recueillis sur la situation personnelle du malade, il est statué, par le conseil d'administration de la Caisse primaire ou par un comité ayant reçu délégation à cet effet, sur les prestations dont l'intéressé doit bénéficier.

Le malade conserve le bénéfice des prestations prévues au chapitre précédent, jusqu'à décision de la Caisse et, au plus tard, jusqu'à la fin du sixième mois de maladie.

Dans le cas où, à la suite d'un examen préventif, l'assuré est reconnu, dans les conditions prévues à l'article 33,

atteint d'une affection caractérisée nécessitant un traitement de longue durée, le bénéfice des dispositions du présent chapitre peut lui être immédiatement accordé. »

L'article 35 donne ensuite le détail des prestations attribuées obligatoirement et qui sont :

1° *La couverture des frais de toute nature* nécessaires pour permettre au malade de guérir et de recouvrer sa capacité de gain;

2° En ce qui concerne l'assuré lui-même (à l'exclusion des membres de la famille), une *allocation mensuelle* égale à la *moitié du salaire.*

Lorsque l'assuré a trois enfants à charge, l'allocation est portée aux *deux tiers* du salaire.

L'article 36 énumère les obligations du bénéficiaire :

1° Se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits dans les conditions prévues à l'article 33 ou par les autorités sanitaires compétentes;

2° Se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la Caisse;

3° S'abstenir de toute activité non autorisée;

4° Accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnels.

L'article 37 dit que : « Les prestations prévues à l'article 35 sont attribuées pour une durée fixée par la Caisse primaire et qui peut être prolongée, par des décisions ultérieures, jusqu'à la fin de la troisième année. Elles peuvent, à tout moment, être suspendues, réduites ou supprimées suivant l'état du malade. »

L'article 39 prévoit le maintien de l'allocation mensuelle, en tout ou en partie, en cas de reprise du travail, pendant une durée fixée par la Caisse, mais ne pouvant excéder d'un an le délai prévu à l'article 37 :

si le travail effectué est reconnu comme de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré;

si l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle.

L'article 40 insiste sur le fait que l'assuré ne doit supporter aucune participation aux frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et de cure.

Enfin, l'article 41 précise que l'assuré qui, au cours de la période où il bénéficie de l'A.M.L.D., est atteint d'une autre affection, a droit, pour cette affection nouvelle, aux prestations en nature de l'assurance maladie dans les conditions prévues.

La femme assurée bénéficie, au cours de la même période, des prestations en nature de l'assurance maternité.

Le bénéfice de l'A.M.L.D. est accordé pour une durée maximum de trois ans, par tranches de six mois renouvelables.

CONDITIONS MEDICALES

Il y a lieu de remarquer tout d'abord que si les conditions administratives sont très nettement précisées par la loi, il n'en est pas de même des conditions médicales.

Il ressort cependant *des instructions techniques et des circulaires ministérielles* que *le bénéfice de l'assurance de la longue maladie doit être réservé aux sujets atteints d'une maladie grave, caractérisée, susceptible d'entraîner la mort ou l'invalidité à la fin du sixième mois, mais capable de guérir ou d'être stabilisée avec une capacité de travail suffisante*, par des traitements actifs, prolongés, relevant souvent du domaine du spécialiste, ou par le séjour dans des établissements de soins spécialisés.

Certaines formalités à satisfaire en vue de l'attribution de l'A.M.L.D. sont assez simples, du moins pour ce qui est du caractère « durée de la maladie ».

Elles sont indiquées par l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 :

« Tout assuré ou membre de la famille d'un assuré doit, sur sa demande ou sur l'invitation de la Caisse, *avant l'expiration du troisième mois de maladie*, faire l'objet d'un examen spécial auquel il est procédé conjointement par son médecin traitant et par un médecin conseil des Assurances

sociales, en vue de proposer le classement en A.M.L.D. et de déterminer le traitement spécial dont l'intéressé doit faire l'objet.

En cas de désaccord, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné par les deux médecins, ou, à défaut d'accord, par le Directeur régional de la Santé, sur une liste établie par lui, après avis du ou des syndicats professionnels intéressés et du conseil d'administration de la Caisse régionale de Sécurité Sociale.

Si l'assuré est atteint d'une affection tuberculeuse, l'expert est obligatoirement le médecin phtisiologue départemental ou un spécialiste désigné par lui.

L'avis technique de l'expert ne peut faire l'objet d'aucun recours.

Le texte légal ne mentionne pas quelles sont les diverses maladies qui ouvrent droit à l'A.M.L.D. C'est évidemment là une grave lacune.

On peut cependant tirer du texte précité quelques indications précieuses :

1° L'examen spécial en vue de l'attribution de l'A.M.L.D. peut être fait *sur la demande de l'assuré* ou *sur l'invitation de la Caisse*. Nous reviendrons plus loin sur ce point;

2° Cet examen doit avoir lieu *avant l'expiration du troisième mois de maladie;*

3° Enfin, et c'est là la base même du fonctionnement de la loi, le législateur prévoit *la collaboration entre le médecin traitant et le médecin conseil*, qui doivent examiner « *conjointement* » le malade et dresser le plan thérapeutique. Cette collaboration se heurte à de nombreuses difficultés, que nous envisagerons dans un prochain chapitre.

Une autre question, également importante, est celle de la date de la première constatation médicale :

Le décret du 29 décembre 1945 prévoyait que seuls pourraient bénéficier des prestations de l'A.M.L.D. les assurés dont l'affection aurait débuté après le 1er janvier 1946.

Or, ce décret a été modifié par la loi du 30 août 1947.

La circulaire 278 SS 1947, portant application des dispositions de cette loi, dit que :

« Seul l'assuré social, à l'exclusion de ses ayants droit, peut prétendre au bénéfice de l'assurance de longue maladie.

« Les prestations de cette assurance ne peuvent être accordées, au titre de la loi du 30 août 1947 précitée, qu'aux assurés atteints *actuellement* de maladie de longue durée, susceptible soit de guérison, soit d'amélioration, ou qui, grâce à un traitement, pourront être maintenus dans un état de santé compatible avec la poursuite du travail, sans qu'il y ait lieu de rechercher si, lors de la première constatation médicale de la maladie, antérieurement au 1er janvier 1946, l'affection rentrait dans le cadre de l'assurance de longue maladie et s'il y a eu ou non évolution dans l'état du malade.

« Toutefois, les prestations de l'assurance de longue maladie ne doivent être servies que s'il est établi que la maladie dont est atteint l'assuré est de même nature que celle constatée antérieurement au 1er janvier 1946.

« Pour déterminer si la maladie est susceptible actuellement d'ouvrir droit au bénéfice de l'assurance de longue maladie, le médecin conseil doit s'en tenir aux instructions générales contenues dans la circulaire N° 27 du 15 février 1946.

« Au point de vue administratif, l'assuré doit justifier, pour bénéficier de la loi du 30 août 1947, des conditions prévues à l'article 80 de l'ordonnance du 19 octobre 1945. Les titulaires d'une pension d'invalidité, qu'elle ait été attribuée sous le régime du décret du 28 octobre 1935 modifié, ou sous celui de l'ordonnance du 19 octobre 1945, doivent être considérés comme remplissant les conditions administratives requises pour pouvoir prétendre à l'assurance de longue maladie. »

Cette même circulaire précise ensuite que les bénéficiaires de cette loi percevront l'allocation mensuelle et les prestations en nature à compter du 1er septembre 1947, quelles que soient la date de la demande présentée par l'assuré et la date de la décision de la Caisse.

Les prestations pourront être servies à l'assuré jusqu'à l'expiration de la période de trois ans suivant la date de la première constatation médicale de la maladie. *Seuls les assurés atteints d'une affection de longue durée entre le*

1er *septembre* 1944 *et le* 1er *janvier* 1946 *peuvent donc demander le bénéfice de la loi du* 30 *août* 1947.

La circulaire envisage ensuite le cas des titulaires d'une pension d'invalidité, qui ne percevront plus les arrérages de leur pension à dater du 1er septembre 1947 (lorsque l'A.M.L.D. leur aura été attribuée). Cette pension sera suspendue pendant la durée d'attribution des prestations de longue maladie, et rétablie à l'expiration du délai de trois ans, si les intéressés ne sont pas guéris et peuvent encore justifier d'un taux d'incapacité de travail supérieur à 50 %.

L'assuré désirant bénéficier de la loi du 30 août doit présenter une demande dans les trois mois qui suivent la promulgation de la loi. Il doit être alors examiné dans les conditions prévues à l'article 33 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Cette loi a donc modifié favorablement le décret du 29 décembre 1945 fixant la date de la première constatation médicale, permettant ainsi d'en bénéficier aux assurés atteints d'une affection de longue durée, entre le 1er septembre 1944 et le 1er janvier 1946.

Cependant, ce texte ne s'adresse qu'aux assurés seuls, les membres de leur famille ne pouvant être versés en A.M.L.D. que si la première constatation médicale a été faite après le 1er janvier 1946.

Il convient de noter ici l'opposition flagrante existant entre les conditions administratives très nettement précisées, et les conditions médicales qui (exception faite pour la date de la première constatation et l'examen médical pratiqué par le médecin traitant et le médecin conseil, exposés de façon explicite), sont au contraire d'un caractère vague et indéterminé.

Ce qu'il faut surtout retenir de ces conditions médicales, c'est que le législateur a surtout visé dans son projet la prévention de l'état d'invalidité, régie elle-même, comme on le sait, par une assurance spéciale.

En réalité, le texte légal ne fait allusion qu'à des maladies d'une durée supérieure à trois mois, et ce sont surtout les Commissions médicales qui ont individualisé les caractéristiques de ce risque maladie, si particulier, ainsi que les instructions techniques données aux médecins conseils régionaux.

Mais il faut bien reconnaître que la doctrine fondamentale demeure mal établie à l'heure actuelle sur le plan médical. De ce fait résulte une fâcheuse diversité d'opinions qui choque un esprit réfléchi et s'avère de plus en plus comme un sérieux facteur de désordre et d'incohérence. Un simple coup d'œil sur les notations des fiches trimestrielles suffit pour s'en convaincre.

Considérons maintenant les affections susceptibles de conférer le droit à l'A.M.L.D. :

Nous avons dit, et cela *découle uniquement non des indications légales, mais bien des instructions techniques données aux médecins conseils régionaux, et des circulaires ministérielles,* que cette assurance concerne *des maladies graves, caractérisées, susceptibles d'entraîner la mort ou l'invalidité, mais capables de guérir ou d'être stabilisées, en laissant au malade une capacité de travail suffisante.*

Il résulte de ces conditions que cette assurance devra surtout intéresser *les enfants, les jeunes et les sujets d'âge moyen, facilement récupérables.* C'est un non sens que de l'appliquer à des vieillards ou à des malades atteints d'affections incurables ou pour lesquels on ne peut espérer une récupération suffisante.

Les principales indications seront donc :

La tuberculose pulmonaire aiguë ou subaiguë, à condition de ne pas se compliquer d'importantes cavernes bilatérales, auquel cas on ne peut guère envisager que l'invalidité.

Les primo-infections.

Certaines formes viscérales curables de tuberculose.

La syphilis à toutes ses périodes.

Les cardiopathies curables, au premier rang desquelles les cardiopathies rhumatismales évolutives et leurs complications sensibles au traitement pénicilline-salicylate.

Quelques complications des néoplasmes, justiciables d'un traitement local ou général qu'on peut espérer temporairement efficace.

Les ulcus, gastrique et duodénal, non invétérés.

Certaines suppurations pulmonaires et pleurales.

Les complications des métrites et certaines affections génitales.

Certaines hémopathies, etc., etc.

Telles sont les principales affections qui paraissent justiciables de l'A.M.L.D.

Cependant une liste beaucoup plus longue, véritable compendium, a été prévue par la circulaire du 18 juillet 1946, relative à l'établissement des statistiques trimestrielles.

Il est difficile d'admettre qu'elle a été établie en fonction même des principes légaux sur lesquels est fondée l'A.M.L.D.

Elle comprend, en effet, nombre d'affections CHRONIQUES qui confèrent, en général, l'invalidité à la fin des six mois légaux de prestations.

Voici d'ailleurs cette liste :

1. — Maladies infectieuses à déclaration obligatoire.
2. — *a*) syphilis;
   b) gonococcie;
   c) autres maladies vénériennes.
3. — Tuberculose de primo-infection.
4. — Tuberculose pulmonaire ou pleurale évolutive.
5. — Tuberculose extra pulmonaire.
6. — Tuberculose disséminée évolutive.
7. — Séquelles de tuberculose pulmonaire.
8. — Séquelles de tuberculose extra pulmonaire.
9. — Autres maladies infectieuses.
10. — Cancers, tumeurs.
11. — *a*) maladies rhumatismales chroniques;
    b) nutrition, glandes endocrines, avitaminoses;
    c) dystrophies, autres maladies générales.
12. — Maladies du sang et des organes hémato-poïétiques.
13. — Intoxications et empoisonnements chroniques.
14. — *a*) affections neurologiques.
    b) affections mentales, névroses;
    c) maladies des organes des sens.
15. — *a*) affections cardiaques;
    b) affections vasculaires.

16. — Maladies de l'appareil respiratoire non tuberculeuses;
17. — *a*) affections gastriques;
b) affections intestinales;
c) affections du foie;
d) autres maladies de l'appareil digestif.
18. — *a*) maladies de l'appareil urinaire;
b) maladies de l'appareil génital chez l'homme.
c) maladies de l'appar. génital chez la femme.
19. — Pathologie de la puerpéralité.
20. — Affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.
21. — Maladies des os et des organes du mouvement.
22. — Vices de conformation congénitaux ou acquis.
23. — Maladies particulières à la première année de la vie.
24. — Sénilité, vieillesse.
25. — Accidents, traumatismes, intoxications accidentelles.

Tel est donc le cadre, prévu par les instructions et circulaires ministérielles, des affections pouvant entraîner le bénéfice de l'A.M.L.D. Il est vaste et peut admettre un grand nombre de maladies. Remarquons simplement que s'il en contient certaines d'importance primordiale, en nous plaçant du point de vue A.M.L.D., d'autres sont d'un intérêt secondaire, et quelques-unes enfin ne nous semblent pas correspondre au but poursuivi par le législateur ni à l'esprit de la loi.

Telles sont, par exemple :

la gonococcie, qui n'est plus, à l'heure actuelle, une maladie de longue durée, à part peut-être certaines complications chez la femme, entrant alors dans un autre groupe;

les intoxications et empoisonnements chroniques;

les vices de conformation congénitaux peu ou pas améliorables;

les maladies de la première année de la vie;

la sénilité et la vieillesse, ce qui représente, à notre avis, un véritable non sens.

CHAPITRE II

FONCTIONNEMENT DE L'A. M. L. D.

L'assurance de la maladie de longue durée fonctionne depuis mars 1946, donc depuis vingt-deux mois.

Un simple coup d'œil sur les statistiques établies depuis cette date de début permet immédiatement de se rendre compte de la progression, au point de vue quantitatif, des résultats obtenus.

En effet, le chiffre des bénéficiaires qui, sur le plan national, pour les dix derniers mois de 1946, était de 28.056, atteint 47.402 pour les six premiers mois seulement de 1947.

Un des points fondamentaux de l'A.M.L.D. demeure, ainsi que nous l'avons déjà vu, l'examen spécial du malade auquel il est procédé conjointement par le médecin traitant et par le médecin conseil.

Au cours de cet examen, les deux médecins se mettent d'accord pour proposer à la Caisse le classement en A.M.L.D. et pour fixer le schéma thérapeutique.

Cet examen doit avoir lieu avant l'expiration du troisième mois de maladie, soit sur la demande de l'intéressé, soit sur l'invitation de la Caisse, soit sur l'intervention du médecin conseil.

En cas de désaccord entre le médecin traitant et le médecin conseil, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné par les deux médecins, ou, à défaut d'accord, par le Directeur départemental de la Santé.

Le malade est ensuite versé en A.M.L.D., sur décision de la Caisse, s'il se trouve, au point de vue administratif, en situation régulière. Celle-ci est prévue par les dispositions légales réglant le droit aux prestations.

Si, au bout de six mois, la guérison ou une amélioration satisfaisante ne sont pas survenues, l'A.M.L.D. peut être prolongée, sur proposition médicale, pour une durée de six mois, renouvelable jusqu'à expiration d'un délai de trois ans.

Pendant ces trois ans, l'allocation mensuelle pourra être maintenue, réduite ou supprimée; en cas de reprise du travail, elle sera prorogée pour une durée fixée par la Caisse — sans excéder un an — dans le cas où cette reprise est de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, ou si celui-ci doit faire l'objet d'une rééducation ou réadaptation professionnelles.

Le malade, ayant rempli toutes les conditions requises, est donc placé en A.M.L.D.

Dans quel cas cessera-t-il de bénéficier des avantages de cette assurance ? Il y a lieu, à ce propos, d'envisager diverses éventualités :

a) *Le décès* :

On note, en 1946, 254 décès pour 28.056 cas, soit environ 0,9 %, et 574 pendant le premier semestre 1947 pour 47.402 malades, soit environ 1,2 %.

Ces chiffres montrent éloquemment que cette façon de quitter l'A.M.L.D. ne représente qu'une infime proportion du nombre de malades ayant bénéficié de cette assurance.

b) *La mise en invalidité* :

L'invalidité pourra être accordée aux malades présentant une incapacité de travail des deux tiers, soit au cours, soit à la fin des trois années prévues par la loi, et si l'on ne peut espérer une guérison ou une récupération suffisante.

On comptait, en 1946, 0,84 % d'invalidités, et 1,9 % au cours du premier semestre 1947.

Mais ces chiffres se rapportent uniquement à quelques malades versés rapidement en invalidité après un bref passage en A.M.L.D.

Ce n'est guère qu'à partir de 1949 que les chiffres seront vraiment significatifs, c'est-à-dire lorsqu'un certain nombre d'assurés actuellement en A.M.L.D., seront versés en invalidité après le délai de trois ans. C'est alors seule-

ment qu'il sera possible de connaître la proportion de malades guéris, stabilisés ou invalides et d'avoir une idée plus juste de la valeur médico-sociale de cette assurance.

c) *La suspension, réduction ou suppression :*

Lorsque l'état du bénéficiaire n'en justifie plus le maintien.

En ce qui concerne la suspension, l'article 38 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 dit que « lorsque le service des prestations est repris après une interruption de soins d'au moins deux ans, il peut se poursuivre si l'assuré remplit à nouveau les conditions d'octroi des prestations, jusqu'à l'expiration d'un nouveau délai de trois ans ».

Certes, nous manquons d'un recul suffisant pour juger de l'importance relative de chacun de ces trois éléments; mais on peut légitimement s'attendre à une forte proportion de cas avec reprise du travail (par guérison ou récupération), ce qui montrera clairement que l'A.M.L.D. a atteint le but visé par le législateur.

CHAPITRE III

RÉSULTATS TECHNIQUES OBTENUS DANS LA RÉGION

Après avoir placé l'A.M.L.D. dans son cadre légal, et précisé son fonctionnement, il est possible d'étudier ses résultats sur le plan pratique.

Nous avons pris comme exemple la XIII[e] région, celle de Toulouse, qui groupe les sept départements de la Haute-Garonne, du Tarn, du Tarn-et-Garonne, du Gers, du Lot, des Hautes-Pyrénées et de l'Ariège.

Il serait fastidieux de présenter toutes les statistiques concernant ces sept départements, dans lesquels, d'ailleurs, l'importance de l'A.M.L.D. est fort inégale. Aussi avons-nous étudié seulement, mais de façon détaillée, les résultats obtenus dans le département de la Haute-Garonne (de loin le plus important des sept).

Cette étude comportera un certain nombre de considérations d'ordre général, avec un parallèle visant les résultats obtenus sur le plan régional et national.

RESULTATS ET STATISTIQUES

La rédaction des tableaux représentant l'activité A.M.L.D. dans la région est basée sur deux sortes de documents :

d'une part, les statistiques trimestrielles établies d'après les instructions de la circulaire S.S. 127/46 du 18 juillet 1946, dont un exemplaire est envoyé chaque trimestre au Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, par le *Médecin Conseil Régional;*

d'autre part, les relevés mensuels adressés au médecin conseil régional par les Contrôles médicaux départementaux.

En ce qui concerne la partie purement médicale de ces

tableaux, ce sont, de préférence, les chiffres des relevés mensuels qui ont été utilisés.

En effet, dans ces documents, figure, en regard du matricule, le diagnostic assez précis de l'affection ayant motivé le classement en A.M.L.D., tandis que dans les statistiques trimestrielles, les maladies doivent entrer dans un cadre à la fois rigide et schématique, fixé par la circulaire du 18 juillet 1946.

D'autre part, nous n'avons utilisé que les chiffres concernant certaines affections : tuberculose, pneumopathies, cardiopathies, syphilis et affections génitales, qui sont les plus importantes et de beaucoup les plus fréquentes, les autres affections prévues par les statistiques officielles n'intervenant que pour une faible part et ne présentant, de ce fait, qu'un médiocre intérêt.

Les documents que nous avons élaborés répondent :

Pour les *tableaux I et II*, aux relevés annuels du pourcentage des principaux groupes d'affections ayant entraîné proposition d'A.M.L.D. dans le département de la Haute-Garonne en 1946 et en 1947 (trois trimestres).

Ils montrent l'augmentation progressive du nombre de malades proposés pendant l'année 1946. Pendant les trois premiers trimestres 1947, l'activité est beaucoup plus irrégulière, bien que le nombre des propositions soit, dans l'ensemble, notablement augmenté.

Dans les *tableaux III et IV* aux résultats obtenus dans la Haute-Garonne depuis mars 1946.

Ils comprennent :

1° Des renseignements d'ordre administratif : à noter que l'on ne relève durant les premiers mois de 1946 aucune prolongation, ce qui s'explique facilement si l'on considère que cet espace de temps a été nécessaire pour la mise au point et le démarrage de la nouvelle loi.

La même remarque peut d'ailleurs être faite au sujet de la très faible proportion de malades décédés et surtout de ceux versés en invalidité.

2° Des renseignements d'ordre médical, assez imprécis quant à l'individualisation de la nature des risques.

Pour le *tableau V*, dans le même ordre d'idées, à l'activité régionale.

Enfin, le *tableau VI* permet d'avoir une idée de l'importance de chacune des affections ayant entraîné la proposition d'A.M.L.D. Son intérêt apparaîtra lorsque nous étudierons la morbidité.

DIFFICULTES DANS L'ETABLISSEMENT DES STATISTIQUES

Des difficultés sérieuses se présentent lorsqu'il s'agit de regrouper les chiffres exprimant la réalité des faits, tout au moins en ce qui concerne la partie administrative.

En effet, on est souvent obligé de constater que les chiffres fournis par les relevés mensuels médicaux et ceux fournis par les statistiques trimestrielles administratives ne correspondent pas.

Les premiers visent, en effet, le travail médical *réel* de proposition; les seconds, seuls les cas acceptés par l'Administration.

L'exemple le plus typique est fourni par le département du Gers, pour lequel les seuls chiffres des statistiques trimestrielles *officielles* donnent, pour une période allant du 1er janvier 1946 au 30 septembre 1947, soixante-seize malades *proposés* en A.M.L.D., contre quatre-vingt-onze *acceptés* par la Caisse...

On se trouve alors obligé d'admettre que des « erreurs » ou des abus peuvent se produire dans la transmission des résultats. Ces faits sont d'autant plus regrettables que l'Administration supérieure se propose d'établir des statistiques générales en se basant sur ces documents...

Cependant on peut tenir pour véritables les chiffres relevés par nos soins concernant le nombre de malades proposés et admis.

Par contre, nous donnons sous toute réserve ceux qui, dans les statistiques régionales, individualisent les assurés sociaux, conjoints et enfants, répartis dans les rubriques « proposés, admis ou prolongés ».

En conclusion, il y a lieu de remarquer que *les chiffres et les résultats dont il est fait état dans nos statistiques concernent l'activité médicale* RELLE *des services du Contrôle médical des Caisses.*

Tableau I

RELEVÉ ANNUEL

DU POURCENTAGE DES PRINCIPAUX GROUPES D'AFFECTIONS AYANT ENTRAINÉ LA PROPOSITION POUR L'A.M.L.D. DANS LE DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE PENDANT L'ANNÉE 1946

	Nombre de malades examinés	Tuberculose	Pneumopathies	Syphilis	Cardiopathies	Affections des organes génitaux
Mars	4	4				
Avril	7	4	2	1		
Mai	13	11		2		
Juin	60	38	10	7		
Juillet	50	32	12	5		
Août	39	10	17	10		
Septembre	60	23	21	9	1	
Octobre	69	11	27	12	1	1
Novembre	57	26	9	10	1	2
Décembre	100	16	15	8	2	3
Total	439	175	113	64	5	6
Pourcentage		38,1	25	13,9	1,1	1,3

Tableau II

RELEVÉ ANNUEL

DU POURCENTAGE DES PRINCIPAUX GROUPES D'AFFECTIONS AYANT ENTRAINÉ LA PROPOSITION POUR L'A.M.L.D. DANS LE DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE DU 1er JANVIER AU 30 SEPTEMBRE 1947

	Nombre de malades examinés	Tuberculose	Pneumopathies	Syphilis	Cardiopathies	Affections des organes génitaux
Janvier	114	19	42	6	2	6
Février	75	15	29	3	4	4
Mars	70	17	19	11	6	2
Avril	110	23	25	14	3	7
Mai	110	51	21	2	2	3
Juin	95	23	17	6		6
Juillet	39	8	15	1		1
Août	145	52	37	12	8	5
Septembre	92	20	29	12	1	8
Total.....	850	228	234	67	26	42
Pourcentage.....		26,8	27,5	7,8	3	4,9

Tableau III

RELEVÉ ANNUEL

DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE

ANNÉE 1946

	1er TRIM.	2e TRIM.	3e TRIM.	4e TRIM.	TOTAL
A. Relevé administratif					
1. Nombre de malades proposés pour l'A.M.L.D. par les services médicaux	4	80	155	226	465
2. Nombre de malades admis par la Caisse	4	77	135	188	404
3. Nombre de malades prolongés en A.M.L.D. au bout de six mois					
4. Nombre de malades décédés.				5	5
5. Nombre de malades versés en invalidité				4	4
B. Maladies ayant motivé le classement en A.M.L.D.					
1. Tuberculose :					
Primo-infection		2	2	5	9
Tuberculose pulmonaire évolutive	4	45	52	42	143
Tuberculose pulmonaire chronique		7	6	5	18
Tuberculose viscérale		1	5	1	7
2. Pneumopathies		12	50	51	113
3. Cardiopathies			1	4	5
4. Syphilis		10	24	30	64
5. Affections des organes génitaux				4	4
Métro-salpingites et divers.				2	2

Tableau IV

RELEVÉ ANNUEL

DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE

DU 1er JANVIER AU 30 SEPTEMBRE 1947

	1er TRIM.	2e TRIM.	3e TRIM.	TOTAL
A. **Relevé administratif**				
1. Nombre de malades proposés pour l'A.M.L.D. par les services médicaux	259	315	276	850
2. Nombre de malades admis par la Caisse	182	263	254	699
3. Nombre de malades prolongés en A.M.L.D. au bout de six mois	168	254	376	798
4. Nombre de malades décédés	3	7	2	12
5. Nombre de malades versés en invalidité			1	1
B. **Maladies ayant motivé le classement en A.M.L.D.**				
1. Tuberculose :				
Primo-infection	14	47	17	78
Tuberculose pulmonaire évolutive.	26	34	38	98
Tuberculose pulmonaire chronique.	9	11	19	39
Tuberculose viscérale	2	5	6	13
2. Pneumopathies	90	63	81	234
3. Cardiopathies	12	5	9	26
4. Syphilis	20	22	25	67
5. Affections des organes génitaux		4	9	13
Métro-salpingites et divers	12	12	5	29

Tableau V

RELEVÉ RÉGIONAL

MARS 1946 A SEPTEMBRE 1947

A. Relèvement administratif	Haute-Garonne	Tarn-et-Garonne	Gers	Tarn	Lot	Hautes Pyrénées	Ariège	TOTAL
1. Nombre de malades proposés pour l'A.M.L.D. par les services médicaux	1.315	234	160	568	90	227	236	2.828
Assurés sociaux	1.128	146	79	317	40	154	200	2.064
Conjoints	26		7					33
Enfants	41		18					59
2. Nombre de malades admis par la Caisse	1.103	194	100	319	59	136	208	2.119
Assurés sociaux	975	133	35	288	44	102	62	1.639
Conjoints	31	7	7	6	2	2		55
Enfants	51	32	11	20	6	3		123
3. Nombre de malades prolongés en A.M.L.D. au bout de six mois	798		26	57				881
Assurés sociaux			20	55				75
Conjoints			2	1				3
Enfants			4	1				5
4. Nombre de malades décédés	17	6	1	1	1	2	4	32
5. Nombre de malades versés en invalidité	5	3		10		4	8	30
B. Maladies ayant motivé le classement en A.M.L.D.								
1. Tuberculose :								
Primo-infections	87	13	24	5	4	20	7	160
Tuberculose pulmonaire évolutive	241	65	38	111	13	53	85	606
Tuberculose pulmonaire chronique	57	22	18	31	11	15	2	156
Tuberculose viscérale	20	9	19	7	2	9	21	87
2. Pneumopathies	347	3	21	36		17	15	439
3. Cardiopathies	31	3	5	20	2	5	6	72
4. Syphilis	128	5	3		1	2	1	140
Primo-secondaire		22	12	1	4			39
Viscérale	2	1	9	1				13
5. Affections des organes génitaux	12	3	1	12		2	7	37
Gonococcie	1	1	1				1	4
Métro-salpingtes et divers	31	3	6	6	1	1		48

Tableau VI

RELEVÉ RÉGIONAL

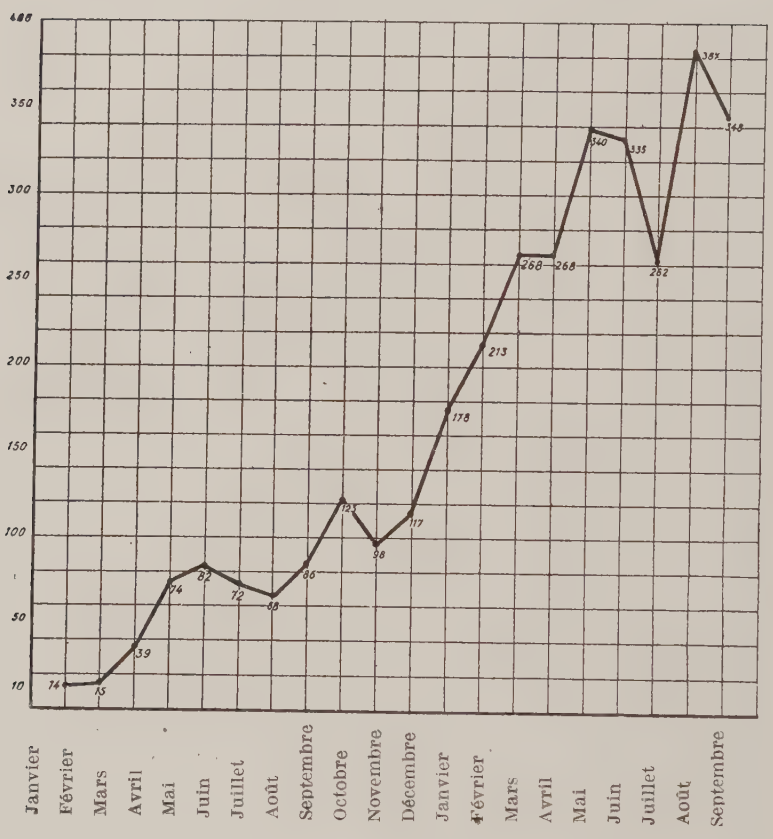
DU POURCENTAGE DES PRINCIPAUX GROUPES D'AFFECTIONS AYANT ENTRAINÉ LA PROPOSITION POUR L'A.M.L.D.

	Haute-Garonne	Tarn-et-Garonne	Gers	Tarn	Lot	Hautes-Pyrénées	Ariège	TOTAL	%
ANNÉE 1946									
Nombre de malades examinés...	465	94	75	327	44	64	78	1.147	
Tuberculose	177	46	25	37	13	37	41	376	33,3
Pneumopathies. ..	113	2	15	8		1	3	142	12,5
Cardiopathies	5		2	2	1	4	4	18	1,6
Syphilis	64	6	13		1	1	1	86	7,5
Affections des organes génitaux.	6	2	1	1		1	3	14	1,2
ANNÉE 1947 (1er janvier au 30 septembre)									
Nombre de malades examinés...	850	140	85	241	44	163	158	1.681	
Tuberculose	228	63	74	117	17	60	74	633	37,6
Pneumopathies. ..	234	1	6	28		16	12	297	17,7
Cardiopathies	26	3	3	18	1	1	2	54	3,2
Syphilis	66	22	11	2	4	1		106	6,3
Affections des organes génitaux.	38	5	7	17	1	2	5	75	4,5

A. M. L. D.

Activité Régionale

De février 1946 à septembre 1947



LA MORBIDITE

Les chiffres sont suffisamment éloquents en eux-mêmes pour ce qui concerne l'activité générale dans la région. Mais ils appellent quelques commentaires, tout au moins dans la partie purement médicale.

Comme il a été déjà dit, nous nous sommes surtout attachés à l'étude de cinq affections ou groupes d'affections qui sont apparues les plus sérieuses et de beaucoup les plus intéressantes.

Que dire de l'importance relative de chacune d'elles ?

LA TUBERCULOSE

Elle doit être placée en tête, du fait de son pourcentage de cas le plus élevé.

Elle représente :

38,1 % des A.M.L.D. en 1946 dans la Haute-Garonne;
33,3 % dans la région;
42,1 % dans l'ensemble du pays.

Ces chiffres sont évidemment importants, mais ils devraient être plus élevés encore, car il est certain qu'un plus grand nombre de tuberculeux pourraient bénéficier de cette assurance, si des liaisons plus étroites existaient avec les hôpitaux, dispensaires, et surtout avec l'Inspection médicale du Travail et celle des Ecoles.

Il serait désirable, en effet, que — le médecin inspecteur des écoles, constatant chez un enfant une tuberculose à son début, — le médecin du travail, décelant chez un ouvrier, au moment de l'embauche, ou au cours d'une visite périodique, une tuberculose curable, une syphilis primaire ou secondaire, etc., entrent en rapport immédiat avec le Contrôle médical de la Caisse de Sécurité Sociale et demandent l'admission de leur malade au bénéfice de l'assurance de la longue maladie.

Or, ces liaisons n'existent pas encore. Beaucoup de

ces malades ne peuvent donc profiter précocement des avantages de la loi.

N'abandonnons pas cette grave question sans avoir noté cependant, au sujet des formes de primo-infection, que leur proportion, par rapport aux formes pulmonaires ou pleurales évolutives, a sensiblement augmenté en 1947, passant, sur le plan national, d'environ 1 pour 8 à 1 pour 6 et sur le plan régional de 1 pour 5 à 1 pour 3 (par rapport à 1946).

Il y a là un fait particulièrement intéressant, dû vraisemblablement à un meilleur dépistage, et qui, en s'améliorant, entraînera des résultats plus favorables encore.

LES PNEUMOPATHIES

A côté de la tuberculose, il faut faire une place de choix à nombre d'affections figurant dans les relevés mensuels sous le terme de « pneumopathie » ou « affection pulmonaire ».

Il est certain qu'entrent dans ce groupe des maladies, telles que : abcès du poumon, asthme intriqué, dilatations bronchiques, et d'autres encore.

Mais il y a lieu de penser qu'une grande partie de ces « pneumopathies » est, en réalité, constituée par des tuberculoses à évolution chronique, n'ayant pas fait leur preuve.

Si l'on considère les statistiques régionales, ce groupe paraît assez fourni. Par contre, sa valeur et son importance s'amenuisent singulièrement si l'on se place sur le plan national : nous trouvons en effet :

pour la Haute-Garonne, en 1946, 25 % de « pneumopathies »;

pour la région, 12,5 %;

pour l'ensemble du pays, 4,28 % seulement.

Il y a là, en apparence, un désaccord considérable.

Il n'en est rien si l'on veut bien ne pas perdre de vue qu'une grande partie des affections classées « pneumopathies » sont en réalité des tuberculoses.

Le total tuberculoses + pneumopathies donne, pour

une même période, et aussi bien sur le plan national que régional, un chiffre très proche de 46 % dans les deux cas.

Le plus grand soin est donc nécessaire, dans l'élaboration des statistiques, si l'on veut serrer de près la vérité.

LES CARDIOPATHIES

Il s'agit là d'un groupe d'affections dont l'importance doit être retenue au point de vue médico-social et pathologique. Toutefois, pour des raisons qui nous échappent en partie, il ne représente qu'un faible pourcentage des cas ayant entraîné l'A.M.L.D.

Cela tient sans doute à ce que ne peuvent entrer dans ce groupe, d'après le principe même de l'A.M.L.D., que des cardiopathies *curables*, au premier rang desquelles se placent les cardiopathies rhumatismales évolutives et leurs complications, sensibles au traitement salicylate-pénicilline.

Or, dans les statistiques, on ne retrouve pas ce diagnostic. Dans la grande majorité des cas, il ne figure pas non plus dans les relevés mensuels. Il est donc impossible de savoir quelle est la part qui revient au rhumatisme cardiaque évolutif.

Les pourcentages sont les suivants :

Dans la Haute-Garonne,	1,1 %	en	1946,	3 %	en 1947.
Dans la région,	1,6 %	»		3,2 %	»
Dans l'ensemb. du pays,	3,37 %	»		3,5 %	»

On peut tirer de ces indications la notion d'un pourcentage sensiblement égal, tant pour la région que pour l'ensemble du pays.

Toutefois, pour ce qui est de l'ensemble de nos sept départements, la proportion a augmenté de façon assez nette de 1946 à 1947.

Il n'en reste pas moins que le bénéfice de l'A.M.L.D., attribuée à cette catégorie de malades, pourrait être étendu à un nombre beaucoup plus important de sujets.

LA SYPHILIS

Ici encore on se heurte à la même difficulté, car la discrimination entre syphilis primaires, secondaires ou tardives demeure fort incertaine.

Nous avons cependant pu isoler des statistiques régionales trois chiffres concernant : les syphilis d'ancienneté indéterminée, les primo secondaires et les formes viscérales identifiées.

La syphilis représente respectivement, en 1946 et 1947 :

Pour la Haute-Garonne, 13,9 % des cas (64 malades) et 7,8 % (67 malades).

Pour la région : 7,5 % (86 malades) et 6,3 % (106 malades).

Pour la France : 4,9 % (1.382 malades) et 3,8 % (1.833 malades).

Ces chiffres sont évidemment très faibles, si l'on songe au nombre de cas de syphilis survenant chaque année en France.

On notera que les statistiques épidémiologiques correspondantes, communiquées par le Service de la Santé publique, font état, pour la même période, de 504 cas *déclarés* dans la région, dont 204 seulement dans la Haute-Garonne.

Si l'on considère qu'en réalité ces derniers ne constituent eux-mêmes qu'une partie des syphilis médicalement décelées, on se rendra compte de la faiblesse extrême du nombre de malades bénéficiant de l'A.M.L.D. dans ce cas particulier.

Et cependant, nous touchons là à un problème médico-social de la plus haute importance, ce qui se rapproche de celui de la tuberculose.

Mais si celle-ci est considérée par le public comme une maladie grave, nécessitant des soins prolongés et délicats, il n'en est pas de même de la syphilis. Cette affection passe encore, très souvent, aux yeux de la plupart de ceux qui en sont atteints, pour une maladie à la fois « honteuse » et peu dangereuse.

La conséquence en est que, s'il est facile de faire accep-

ter à un tuberculeux le principe d'un traitement suivi et prolongé, il sera souvent impossible de persuader un malade de continuer un traitement antispécifique après la disparition des symptômes visibles de la maladie. D'autre part, l'assuré qui obtient du D.A.V. la gratuité des médicaments et le remboursement, par les Caisses d'assurances, des frais médicaux, ne verra aucun intérêt en l'A.M.L.D.

Un gros effort devrait donc être tenté en faveur du dépistage de la syphilis; il aurait certainement d'heureuses répercussions sur le plan médico-social.

LES AFFECTIONS GÉNITALES

Sont groupées sous ce vocable :

des affections de nature indéterminée, cataloguées simplement « affections génitales »;

des gonococcies qui, depuis l'apparition des traitements modernes, n'entrent que pour une très faible part dans le cadre des maladies de longue durée;

surtout des métro-salpingites et quelques autres affections de la sphère génitale chez la femme.

La valeur des pourcentages est la suivante :

Pour la Haute-Garonne, 1,3 % des cas en 1946, 4,9 % en 1947;

Pour la région ,1,2 % des cas en 1946, 4,5 % en 1947.

Pour l'ensemble du pays, 4,5 % des cas en 1946, 4,6 % en 1947.

Ces cinq affections individualisent la majeure partie des attributions d'A.M.L.D. dans la région, soit :

56,1 % en 1946;

69,3 % pour les trois premiers trimestres de 1947.

Cette proportion se retrouve sensiblement dans les statistiques nationales.

Il est cependant des résultats, d'intérêt et d'importance moindres, que nous tenons à mentionner : ce sont ceux qui concernent .

Les complications du cancer :

Dans la région, 0,6 % des cas en 1946, 1,36 % en 1947.
Dans le pays, 3,6 % » 3,7 % »

Les maladies rhumatismales chroniques :

4 % des cas dans la région en 1947, 3,% dans l'ensemble du pays.

Les neuropathies (groupe 14 de la classification officielle) :

5 % des cas en 1947 dans la région, 4,8 % dans tout le pays :

Les affections digestives (groupe 17) :

5 % dans la région, 8 % dans toute la France.

En résumé : l'étude de ces statistiques, et en particulier celle des pourcentages caractéristiques de chacune de ces affections, sur le plan départemental (Haute-Garonne), régional et national, offre le plus grand intérêt au point de vue médical et médico-social.

L'étude comparative démontre que tous ces chiffres correspondent, à quelques exceptions près, et que ce qui est vrai pour la région demeure vrai également pour la France entière.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CRITIQUE

Il est de toute évidence que les résultats obtenus en matière d'A.M.L.D., primitivemnet très modestes, se sont améliorés progressivement depuis l'institution de cette assurance; mais les résultats pourraient être meilleurs si malades et médecins ne se heurtaient à un certain nombre de difficultés.

Celles-ci sont imputables, les unes aux malades eux-mêmes, d'autres aux Caisses, un certain nombre enfin aux médecins praticiens.

Il nous a déjà été possible de voir, en étudiant la morbidité, quels étaient les obstacles apportés par certains malades, à leur classement en A.M.L.D. Car, s'il est relativement aisé de faire bénéficier de la nouvelle loi des assurés atteints d'affections réputées graves comme la tuberculose, les plus grosses difficultés se présentent lorsqu'il s'agit, par exemple, de syphilis (et de quelques autres affections génitales).

Sans vouloir revenir sur les raisons qui peuvent pousser les malades à *refuser* leur admission en A.M.L.D., il y a lieu de constater que c'est là un fait particulièrement regrettable, et lourd de conséquences, au point de vue médico-social.

Cependant, on peut raisonnablement espérer une amélioration rapide de cet état de choses si des mesures efficaces sont prises, susceptibles d'ailleurs d'entrer dans le cadre général des procédés de lutte anti-vénérienne.

On doit noter toutefois une amélioration sensible de la situation au cours des trois trimestres de 1947, par rapport à l'année précédente, puisque la proportion des syphilis

A.M.L.D. aux syphilis déclarées, dans le département de la Haute-Garonne, s'est élevée, en gros, de 3 pour 10 à 5 pour 10.

Il n'en demeure pas moins qu'il subsiste un écart considérable et très regrettable entre le chiffre des syphilitiques déclarés et celui des bénéficiaires de l'A.M.L.D. (surtout si l'on admet que la plus grande partie des déclarations concerne des assurés sociaux).

Une autre difficulté est imputable au fait que les Caisses ne font pas des propositions assez précoces.

La loi stipule, en effet, que le malade doit faire l'objet de l'examen spécial prévu, soit sur sa demande, soit *sur l'invitation de la Caisse.*

Celle-ci devrait donc, *avant la fin du troisième mois de maladie*, faire procéder à cet examen médical que souvent le malade ne demandera pas de lui-même, surtout si son médecin ne lui en a pas montré l'intérêt.

L'éducation des Directeurs de Caisse demeure donc entièrement à faire sur ce point.

Enfin, les médecins praticiens ne saisissent pas toujours et le rôle et l'intérêt de l'A.M.L.D.

Beaucoup d'entre eux connaissent mal le fonctionnement de cette loi fondamentale de la Sécurité Sociale.

En particulier, ils paraissent ignorer que l'examen du malade doit être effectué *conjointement* par le médecin traitant et le médecin conseil. De ce fait, les praticiens régulièrement convoqués pour procéder à cette formalité leur sont adressées, soit que ces dernières apportent un dérangement à l'exercice de leur profession, soit qu'ils méconnaissent réellement l'intérêt de l'assurance de la longue maladie.

Cela entraîne aussi de graves perturbations dans l'économie et le fonctionnement de la loi, et nombre d'irrégularités.

L'instruction des praticiens, à ce propos, reste à faire, et c'est le rôle des syndicats professionnels.

Enfin, de sérieuses difficultés résultent certainement du défaut de liaison des contrôles médicaux des Caisses avec

les hôpitaux, dispensaires, établissements spéciaux, surtout avec l'Inspection médicale du Travail et celle des Ecoles.

Ces deux dernières constituent un vaste champ d'action à ouvrir à l'A.M.L.D., car celle-ci a été créée surtout au bénéfice des enfants et des adultes jeunes, et nulle part ailleurs que dans les écoles et les usines elle ne trouvera des conditions répondant mieux aux idées du législateur.

Or, ces liaisons sont prévues par la loi.

En effet, l'Inspection médicale scolaire et l'Inspection médicale du travail doivent (elles ont pris cet engagement) adresser au Contrôle médical Régional et Départemental un double de la fiche médicale établie pour chaque enfant en âge scolaire examiné, et chaque ouvrier embauché.

Mais jusqu'ici elles sont demeurées inexistantes; la mission de contact incombera donc aux Assistantes sociales attachées au Contrôle médical, qui établiront des circuits susceptibles de donner les meilleurs résultats, en matière de dépistage précoce et de coordination.

Mais, en réalité, la chose la plus triste à constater réside dans un manque de doctrine médicale *de base*, constituant un vice inhérent, à la base même de l'A.M.L.D.

On sait que si la loi est extrêmement claire et précise dans l'énoncé des conditions administratives, par contre les conditions médicales demeurent assez vagues, et soumises, de ce fait, à l'interprétation individuelle.

De plus, le cadre schématique prévu *par les circulaires ministérielles* se révèle à la fois trop vaste et trop imprécis, allant même parfois à l'encontre du but poursuivi.

Quoi qu'il en soit, il nous est apparu, à la lumière des résultats obtenus en vingt-deux mois, tant sur le plan régional que national, que l'assurance de la longue maladie devrait être réservée à un certain nombre d'affections, parmi lesquelles les plus importantes sont :

La tuberculose :

formes de primo-infection;

tuberculose pulmonaire évolutive, exception faite pour les lésions trop étendues conférant l'invalidité;

formes aiguës des séreuses (comprenant bien entendu les pleurésies et leurs séquelles);
certaines formes viscérales.

Les cardiopathies modifiables, :

au premier rang desquelles se place le rhumatisme cardiaque évolutif et ses complications;
certaines endocardites chroniques;
les aortites syphilitiques.

La syphilis, à toutes ses périodes :

primaire, secondaire, tertiaire;
certaines formes de la Maladie de Bayle.

Le rhumatisme articulaire aigu.

Certains néoplasmes, ou plus exactement certaines complications sensibles au traitement.

Les diabètes graves.

Les dystrophies de l'enfance.

Certaines hémopathies; à ce sujet, la question peut se poser de savoir si l'on doit verser en A.M.L.D. des malades atteints d'affections comme la Maladie de Hodgkin ou de certaines formes de leucémie chronique. Il s'agira ici surtout de cas d'espèce. Toutefois, il nous semble que l'on peut répondre par l'affirmative, car des traitements bien conduits sont capables d'amener des survies de plusieurs années.

Tel serait, à notre avis, l'essentiel d'une liste des affections justiciables de l'A.M.L.D.

Elle pourrait être augmentée et modifiée lorsque, au bout de trois ans d'application de la loi, il conviendra d'individualiser les résultats obtenus.

Nous sommes également en droit d'espérer que dans les prochaines années de nouvelles armes thérapeutiques permettront d'étendre le bénéfice de l'A.M.L.D. à nombre d'affections jusqu'ici incurables.

Cet espoir est permis particulièrement dans le cas de la Maladie Tuberculeuse, pour laquelle les essais thérapeutiques à l'aide de la streptomycine se sont traduits par

des résultats encourageants; il serait alors possible de faire entrer en A.M.L.D. des formes jusqu'ici fatalement mortelles.

De toute façon, il serait judicieux de laisser aux Médecins Conseils une marge suffisante pour classer en A.M.L.D. certains malades présentant des cas particuliers non prévus par la loi.

AGE LIMITE

Enfin une autre imperfection des textes légaux mérite d'être soulignée, qui négligent de fixer un âge limite pour les éventuels bénéficiaires. Il semble logique d'admettre que l'A.M.L.D. ne soit plus attribuée au delà d'un maximum de 55 à 60 ans.

Terminons en formulant le souhait que des mesures soient envisagées en vue de compléter le demi-salaire par une indemnité fournie par un Tiers (syndicat professionnel ou patronat), afin que le malade bénéficiaire de l'A.M.L.D. puisse toucher son salaire intégral et que la maladie grave ne soit plus ce qu'elle est malheureusement encore : une véritable pénalité.

CONCLUSIONS

I. — Les dispositions visant l'assurance contre la Maladie de Longue Durée, prévue par l'ordonnance du 19 octobre 1945, s'intègrent dans la législation générale des Assurances sociales et, plus particulièrement, dans le cadre plus récent de la Sécurité Sociale.

L'A.M.L.D. trouve ainsi sa place entre l'Assurance Risque Maladie banale et l'Assurance Invalidité.

II. — L'A.M.L.D. est réservée aux malades : assurés sociaux ou ayants droit (conjoints, enfants, collatéraux) qui, ayant satisfait aux conditions administratives, sont atteints d'une affection caractérisée, grave, évolutive, susceptible soit de dépasser le terme des six mois, soit d'entraîner la mort ou bien une grave incapacité de travail (65 ou 50 %).

Elle peut être accordée, à partir du troisième mois, pour une durée maximum de trois années, par tranches de six mois renouvelables, sur la demande de l'intéressé de la Caisse de Sécurité Sociale ou à la suite de l'intervention du corps médical.

III. — Son principal intérêt réside : dans la prolongation des soins, la suppression du ticket modérateur de 20 % et l'attribution à l'assuré social d'une indemnité mensuelle (qui remplace le demi-salaire).

IV. — D'autre part, cette assurance bien particulière met en jeu, pour son fonctionnement harmonieux et son plein rendement (et cela pour la première fois dans les annales des Assurances sociales), la collaboration *réelle et active, sur le plan technique, du médecin traitant et du médecin conseil.* Ces derniers, en effet, après avoir pratiqué « conjointement » l'examen du malade, proposent le classe-

ment de l'intéressé en A.M.L.D., fixent le schéma thérapeutique (qui permettra à la Caisse de prévoir le volume des prestations en nature) avec possibilité de recours à une expertise, en cas de désaccord sur le plan technique.

V. — Cette assurance vise donc, avant tout, la prévention de l'invalidité (assurés sociaux) et, *ipso facto*, celle de toutes les maladies graves, évolutives, de long cours, ainsi que leurs conséquences.

VI. — L'étude des statistiques trimestrielles (régionales et nationales) et des taux de pourcentage établis à l'aide des chiffres objectivant les résultats obtenus en 1946 et en 1947, montrent que le bénéfice de l'A.M.L.D. a été accordé en cas de tuberculose pulmonaire, syphilis, cardiopathies et complications de néoplasmes, dans la proportion suivante :

Tuberculose pulmonaire :

Région : 1.009 cas = 35,7 %.
France : 26.878 cas = 35,7 %.

Syphilis :

Région : 192 cas = 6,9 %.
France : 3.215 cas = 4,35 %.

Cardiopathies :

Région : 72 cas = 2,4 %.
France : 2.587 cas = 3,43 %.

Complications des néoplasmes :

Région : 30 cas = 0,98 %.
France : 2.601 cas = 3,65 %.

VII. — L'étude objective de ces résultats et du mode de fonctionnement actuel de l'A.M.L.D. permettent de penser qu'un meilleur rendement peut être envisagé par :

une collaboration plus intime du Médecin Conseil et du Médecin traitant;

un meilleur dépistage (plus large et plus précoce) de la tuberculose pulmonaire, syphilis, cancer, affections digestives ulcéreuses, etc...;

une liaison plus étroite des Contrôles médicaux de la

Sécurité sociale avec : services hospitaliers, centres de diagnostic, D.A.T., D.A.V., et surtout *l'Inspection médicale du Travail et l'Inspection médicale des Ecoles*, dont la collaboration, à l'heure actuelle, est pour ainsi dire nulle.

VIII. — De plus, pour atteindre le but fixé, il importe, sur le plan Technique, d'unifier, dans les plus brefs délais, les directives médicales et de doter ainsi les Médecins Conseils de la Sécurité Sociale d'une Doctrine ayant un caractère national.

Vu : le Président de Thèse,
J. CALVET.

Vu : le Doyen,
J. CALVET

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 9 janvier 1948,

Vu : le Recteur,
DOTTIN.

TEXTES LÉGAUX

1° **Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945** fixant le régime des Assurances Sociales applicable aux assurés des professions non agricoles (« J.O. » du 20 octobre 1945, articles 23, 32 à 44, 80)

2° **Circulaire S.S. 127/46 du 18 juillet 1946,** relative à l'établissement d'une statistique de la Longue Maladie.

3° **Arrêté du 14 août 1947 :** Montant minimum de l'allocation mensuelle allouée en cas de Longue Maladie (« J.O. » n° 199 du 24 août 1947).

4° **Loi n° 47-1644 du 30 août 1947,** étendant aux assurés sociaux atteints de Longue Maladie antérieurement au 1er janvier 1946 le bénéfice des dispositions des articles 32 et suivants de l'ordonnance du 19 octobre 1945 (« J.O. » n° 26 des 1er et 2 septembre 1947).

5° **Loi n° 47-1645 du 30 août 1947,** modifiant l'article 35 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 (« J.O. » n° 206 des 1er et 2 septembre 1947).

6° **Circulaire n° 278 S.S. 1947,** portant application des dispositions de la loi n° 47-1644 du 30 août 1947 étendant le bénéfice de l'assurance Longue Maladie aux assurés atteints de longue maladie antérieurement au 1er janvier 1946.

TOULOUSE — IMPRIMERIE DU CENTRE, 28, allées Jean-Jaurès